

	常務理事	事務長	課長	係
伺				

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1. 任意継続被保険者証の	記号	2000
	番号	
2. 被保険者氏名と印	①	
3. 生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
4. 住所		
5. 電話番号（日中の連絡先）	()	
6. 資格喪失年月日（お勤め先で交付された健康保険証の資格取得年月日）	令和	年 月 日
7. お勤め先の	名称	
	所在地	
8. 摘要欄		

○お勤め先で交付された健康保険証のコピーと任意継続の健康保険証を添付してください。
もし任意継続の健康保険証を添付できない場合は、「8. 摘要欄」にその理由を記入してください。